

2.2 两组治疗前后血脂指标比较 治疗前两组患者 TG、TC、LDL-c、HDL-c 比较无明显差异,  $P > 0.05$ ; 治疗后观察组 TG、TC、LDL-c 低于对照组, HDL-c 高于对照组,  $P < 0.05$ , 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组治疗前后血脂指标比较 (mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

时间	组别	n	TG	TC	LDL-c	HDL-c
治疗前	观察组	65	3.74± 1.34	5.75± 1.20	4.04± 1.51	0.72± 0.31
	对照组	65	3.69± 1.28	5.79± 1.17	4.12± 1.49	0.74± 0.28
	t		0.217	0.192	0.129	0.386
			$>0.05$	$>0.05$	$>0.05$	$>0.05$
治疗后	观察组	65	1.98± 1.06	4.29± 0.79	2.79± 0.81	1.37± 0.47
	对照组	65	2.83± 1.14	5.03± 0.89	3.32± 0.87	1.09± 0.51
	t		4.402	5.013	3.595	3.255
			$<0.05$	$<0.05$	$<0.05$	$<0.05$

### 3 讨论

动脉硬化性脑梗死与血脂异常、高血压及年龄相关, 血脂异常是其主要致病因素。研究表明<sup>[4]</sup>, 血脂异常可提高动脉硬化形成几率, 增加脑梗死风险, 临床主要采用调脂药物降低脂蛋白与胆固醇水平, 继而减少脑梗死发生风险。阿司匹林是抗血小板药物, 可致环氧酶失活, 减少血小板激活素 A<sub>2</sub> 合成量, 抑制血小板聚集。血塞通具有抗心肌缺血、抗脑缺血、抗自由基损伤作用, 可促进脑软化灶胶质细胞反应, 加速软化灶吸收, 减轻海马区神经元病变。阿托伐他汀钙为 HMG-CoA 还原酶竞争性、选择性抑制剂, HMG-CoA 可将羟甲基戊二酸单酰辅酶 A 转化成固醇前体, 对肝脏中 HMG-CoA 还原酶有抑制作用, 可降低胆固醇合成, 以此降低胆固醇与脂蛋白水平, 还可减少

LDL 生成及其颗粒数, 加快 LDL-c 分解代谢, 促进 HDL-c 升高<sup>[5]</sup>。而 TC 为人体血液中脂蛋白所含胆固醇总和, TC 增多会引起动脉粥样硬化、高脂血症等; LDL-c 为导致动脉粥样硬化的独立危险因素, 水平越高, 动脉粥样硬化风险越大; HDL-c 为心脑血管疾病保护因素, 可清除组织内胆固醇, 预防动脉粥样硬化。阿托伐他汀钙与阿司匹林、血塞通联合作用, 可有效改善以上血脂指标水平, 稳定斑块, 提高动脉硬化性脑梗死的治疗效果。本研究结果显示, 观察组治疗总有效率、HDL-c 水平高于对照组, TG、TC、LDL-c 水平低于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明阿托伐他汀钙可增强动脉硬化性脑梗死患者的疗效, 有效调节血脂水平, 具有良好的临床优势。

#### 参考文献

- [1] 龚雪琴, 张娟. 阿托伐他汀对动脉硬化性脑梗死患者血脂与神经功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(5): 616-618
- [2] 徐庶, 吴秋义, 郭刚, 等. 阿托伐他汀对动脉粥样硬化性脑梗死患者的调脂效果及颈动脉粥样硬化斑块的影响[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2015, 15(11): 904-908
- [3] 宋爱霞, 邱波, 刘俊峰, 等. 普罗布考联合阿托伐他汀对动脉粥样硬化性脑梗死颈动脉斑块性质的动态观察[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2015, 7(12): 32-35
- [4] 谢坚, 张虹桥, 章成国, 等. 瑞舒伐他汀与阿托伐他汀对急性脑梗死患者血脂、血清超敏 C 反应蛋白及颈动脉粥样硬化斑块作用的比较[J]. 临床神经病学杂志, 2015, 28(1): 37-41
- [5] 李慧芳, 李颖, 王霞, 等. 不同剂量阿托伐他汀对急性冠脉综合征患者早期血浆超敏 C 反应蛋白水平的影响[J]. 中国老年学, 2017, 37(4): 855-856

(收稿日期: 2017-06-20)

## 中老年人骨量减少和骨质疏松症患病状况探究

张崇蝉 琚向峰

(福建省老年医院 福州 350003)

**摘要:**目的: 对福州市的中老年人进行骨密度检测, 分析我国中老年人骨量减少以及骨质疏松症患病率的状况。方法: 选取福州市人群 504 例, 男性 189 例, 女性 315 例, 包括城市以及农村人群, 要求年龄在 50 岁以上, 对这些患者的腰椎、股骨颈的密度进行检测, 依据世界卫生组织的标准判定其骨量正常还是减少以及是否患有骨质疏松症。结果: 根据检测发现, 随着患者年龄的增加, 其骨量减少以及骨质疏松症患病率都随之上升, 各组别之间的比较均有明显的差异, 具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。相同的年龄组别中, 女性骨量减少情况及骨质疏松患病率明显高于男性, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 骨量减少情况及骨质疏松患病率在女性中尤为突出, 尤其是 80 岁以上的女性, 患病率高达 100%, 相比较而言男性的患病率较低, 早期检测骨密度有利于人们尽早采取措施, 预防骨量减少以及骨质疏松症的发生。

**关键词:** 骨质疏松; 骨量减少; 中老年人; 患病率

中图分类号: R589.5

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.044

骨质疏松的特征是骨脆性增加及骨量的减少, 属于骨代谢性疾病, 增高了患者骨折的风险<sup>[1]</sup>, 这也是中老年人群患有骨折、骨痛的一个主要的原因。根据不同文献的报道发现<sup>[2]</sup>, 在中国中老年人患有骨质疏松和骨量减少的几率是不相同的, 这可能与

其种族、所处的地区、所从事的职业等一些因素有关, 并且和样本量的多少也存在关系。根据骨质疏松症基因会的一项研究发现, 在全国骨质疏松的患病率是 6.6%~19.3%, 由此推测到 2020 年中国患有骨质疏松及骨量减少的人数会增至 2.86 亿, 而再过三

十年这一数字还将会有巨大的变化,甚至可能达到 5.33 亿。故本文就此对福州地区的中老年人进行骨密度检测,根据检测结果为国家能够制定有效预防政策提供一些依据。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 参与此次检测的人员均为福州市城市与农村人群,年龄均在 50 岁以上,共计检测人数 504 例,其中男性 189 例,女性 315 例。根据年龄段分为四组:第一组年龄 50~59 岁,共有 113 例,其中男性 33 例,女性 80 例;第二组年龄 60~69 岁,共有 110 例,其中男性 40 例,女性 70 例;第三组年龄 70~79 岁,共有 170 例,其中男性 70 例,女性 100 例;第四组年龄为 80 岁以上,共有 111 例,其中男性 46 例,女性 65 例。

1.2 方法 504 例患者均采用美国通用公司生产的双能 X 线骨密度检测仪器进行左侧股骨颈和腰椎的骨密度检测。

1.3 判定标准 依照世界卫生组织对于骨质疏松的标准判定,骨量正常:T 值  $\geq -1.0$  SD;骨量减少:T 值  $-1.0 \sim -2.5$  SD;骨质疏松:T 值  $\leq -2.5$  SD<sup>[1]</sup>。

1.4 统计学分析 应用统计学软件 SPSS16.0 分析数据,计数资料以%表示,采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 四组骨量减少以及骨质疏松的患病情况 随着患者年龄的增加,其骨量减少以及骨质疏松症患病率都随之上升,各组别之间的比较均有明显的差异,具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 四组骨量减少及骨质疏松患病情况比较[例(%)]

年龄分组	n	骨量正常	骨量减少	骨质疏松
50~59 岁	113	74(65.5)	36(31.9)	3(2.7)
60~69 岁	110	47(42.7)*	39(35.5)*	24(21.8)*
70~79 岁	170	66(38.8)**	27(15.9)**	77(45.3)**
80 岁以上	111	33(29.7)** $\Delta$	10(9.0)**	68(61.3)** $\Delta$

注:与 50~59 岁组比较,\* $P < 0.05$ ;与 60~69 岁组比较,\*\* $P < 0.05$ ;与 70~79 岁组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 相同年龄组中不同性别骨量减少及骨质疏松患病情况比较 相同的年龄组别中,女性骨量减少情况及骨质疏松患病率明显高于男性,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 相同年龄组中不同性别骨量减少及骨质疏松患病情况比较[例(%)]

年龄分组	性别	n	骨量正常	骨量减少	骨质疏松
50~59 岁	男	33	33(100.0)	0(0.0)	0(0.0)
	女	80	41(51.2)*	36(45.0)*	3(3.8)*
60~69 岁	男	40	40(100.0)	0(0.0)	0(0.0)
	女	70	7(10.0)*	39(55.7)*	24(34.3)*
70~79 岁	男	70	59(84.3)	7(10.0)	4(5.7)
	女	100	7(7.0)*	20(20.0)*	73(73.0)
80 岁以上	男	46	30(65.2)	8(17.4)	8(17.4)
	女	65	3(4.6)*	2(3.1)	60(92.3)*

注:与同组男性比较,\* $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

通过此次研究得到的大样本数据了解到我国骨质疏松以及骨量减少的流行状况,骨量减少情况及骨质疏松患病率在女性中尤为突出,尤其是 80 岁以上的女性,患病率高达 100%,相比较而言男性的患病率较低,为骨质疏松以及骨量减少防治提供了重要的依据,也表现了此问题的紧迫性以及重要性。骨质疏松以及骨量减少会增加身体的骨脆性,尤其是骨量减少达到骨质疏松的患者,因年龄的增加,老年人的听力以及视力都会有所下降,也就增加了跌倒的风险,而骨质疏松症患者在跌倒后很容易出现骨折的情况,而骨折有较高的致残率<sup>[2]</sup>,这就给老年人日常生活带来了极大的隐患。目前我国已经处于老龄化阶段,且日益加剧<sup>[3]</sup>,而科学技术的进步以及社会的发展,延长了国人的平均寿命,高龄老人也不断地增加。所以为了更多老年人的安全,对于骨质疏松的预防一定要十分重视。

另外通过本次的研究,还有一项发现就是随着年龄的增加,骨量正常的人群也不断地降低,而骨量减少的情况也就随之升高,70 岁以下的老年人最主要的问题依旧是骨量减少,但是大于 70 岁的老年人其问题就不单单是骨量减少,最主要的是骨质疏松问题。骨头随着人体的新陈代谢也在不断的代谢中,其代谢的两个方面一个是骨形成,一个是骨溶解<sup>[4]</sup>。当骨形成的速度快于骨溶解的速度时是增加骨量的过程,反之骨形成的速度慢于骨溶解速度的时候就是骨量流失的过程<sup>[5]</sup>,所以说骨量的减少以及骨质疏松是可以进行改变的,这就为我们提早预防奠定了基础。目前可以确定的,通过日常饮食以及健康的生活方式补充人体需要的钙以及活性维生素 D,可以对骨代谢起到改善效果。同时还有一些对骨代谢起调节作用的药品,例如甲状旁腺激素、维生素 K、维生素 D、降钙素、钙剂、双膦酸盐等,这些措施均可对骨量减少以及骨质疏松起到干预作用<sup>[6]</sup>。在临床的实验中,已经有众多的患者通过这些方式提高了骨密度,减少骨质疏松的发生。按照本文的检验成果得知,70 岁以上的男性以及 50 岁以上的女性对于骨骼的健康应格外注重,为了更好地监测骨密度的情况应该每半年进行一次骨密度检测;当出现骨量减少或是骨质疏松的时候及时采取治疗,而发现骨密度降低时应尽早预防,避免进一步的恶化。

综上所述,中老年人应该每半年进行一次骨密度检测,对自身的骨密度有明确的了解,当出现减少的情况要及时预防,尤其是女性和年龄较大的人群,对于自己的骨骼健康要有清晰的认知,预防骨量减

少带来的并发症,具有重要的意义。

参考文献

[1]黄昶荃,冯友,程燕,等.绵阳地区中老年人骨量减少和骨质疏松患病状况分析[J].中国骨质疏松杂志,2016,22(8):1044-1046,1067

[2]陈文辉,李双蕾,粟麟,等.广西南宁地区中老年骨质疏松危险因素调查及中医体质分析[J].中国骨质疏松杂志,2016,22(1):102-106

[3]杨建义,罗文东,赵刚,等.昆明市官渡区彝族中老年人骨质疏松患病率及影响因素[J].昆明医科大学学报,2015,36(11):51-55

[4]何敏,姚珍薇,唐良苗,等.中老年人腰椎骨密度变化的临床观察[J].重庆医学,2012,41(29):3041-3042,3045

[5]张童茜,陈莉,徐秀兰.兰州市部分中老年人群骨质疏松初筛结果分析[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2012,5(3):197-199

[6]陈巧聪,楼慧玲,彭程,等.中老年人骨密度变化及骨质疏松症患病率分析[J].广东医学,2011,32(5):620-622

[7]蒙元劲,韦金一,龙柳艳,等.柳州市中老年人骨质疏松患病率调查[J].齐齐哈尔医学院学报,2006,27(15):1851

[8]董进,张志利.西部地区中老年人骨质疏松症定量超声骨量分布的研究[J].中国老年学杂志,1998,18(2):82-84

(收稿日期: 2017-05-02)

# 艾灸配合中药熏蒸治疗寒湿型颈肩腰腿痛的效果观察

杨丽丽

(河南省郑州市中医院 郑州 450000)

**摘要:**目的:观察艾灸配合中药熏蒸治疗寒湿型颈肩腰腿痛的临床效果。方法:选取 2015 年 1 月到 ~2017 年 1 月我院收治的寒湿型颈肩腰腿痛患者 94 例,随机分为对照组和观察组各 47 例。对照组采用中药熏蒸法,观察组在此基础上配合艾灸治疗。比较两组患者治疗总有效率和疼痛程度。结果:观察组患者治疗总有效率高于对照组,VAS 评分低于对照组( $P<0.05$ )。结论:艾灸配合中药熏蒸治疗寒湿型颈肩腰腿痛疗效显著,可有效改善患者疼痛症状,达到标本兼治的疗效,具有积极的临床意义。

**关键词:**寒湿型颈肩腰腿痛;艾灸;中医熏蒸;临床效果

中图分类号:R274

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.045

寒湿型颈肩腰腿痛为多种疾病症候群,包括颈椎病、颈椎间盘突出、肩周炎、腰肌劳损等,该病所致的疼痛常呈慢性反复性发作,严重影响患者生活质量。临床治疗以镇痛、消炎为主。艾灸、中药熏蒸均是传统的中医治疗方法,在中药熏蒸的基础上,结合患者病情给予穴位经络艾灸,可温经通络、扶正祛邪。本研究将艾灸配合中药熏蒸用于治疗寒湿型颈肩腰腿痛,取得良好的临床效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 94 例寒湿型颈肩腰腿痛患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 47 例。对照组男 28 例,女 19 例;年龄 28~58 岁,平均年龄(45.70±3.34)岁;颈肩疼痛 20 例,腰腿疼痛 27 例。观察组男 27 例,女 20 例;年龄 27~59 岁,平均年龄(45.69±3.50)岁;颈肩疼痛 19 例,腰腿疼痛 28 例。两组患者一般资料比较无明显差异, $P>0.05$ ,具有可比性。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** 采用中药熏蒸治疗。熏蒸方剂为:桑枝 10 g、鸡血藤 10 g、丹参 15 g、当归 12 g、五加皮 12 g、威灵仙 10 g、路路通 8 g、乳香 10 g、苏木 12 g、伸筋草 12 g、没药 10 g、制川乌 7 g、制草乌 8 g。用水煎煮 30 min 放入熏蒸器中,患者置身熏蒸器,30~40 min/次,1 次/d,7 d 为 1 个疗程。

**1.2.2 观察组** 在对照组基础上配合艾灸穴位治

疗。根据患者疼痛部位不同,结合病理性特点进行治疗。颈肩疼痛一般取患者大椎、肩井及颈夹脊等穴进行艾灸,腰腿疼痛者取肺俞、大肠俞、肾俞、阿是穴等穴艾灸。根据穴位不同,合理控制施灸时间,以患者感觉舒适为准,如有灼热感,应提高艾条,密切观察艾灸穴位周围组织皮肤,及时清理灰烬,避免灼伤。

**1.3 观察指标及标准** 比较两组患者临床治疗总有效率和疼痛程度。(1)疼痛评估采用 VAS 评分法,分值为 0~10 分,得分越高表示疼痛越剧烈。(2)疗效标准,痊愈:症状消失,肢体功能恢复正常,可正常参加各种劳动活动;有效:症状缓解,疼痛减轻,肢体功能有所改善;无效:治疗后无任何改变。总有效率=(痊愈+有效)/总例数×100%。

**1.4 统计学方法** 采用统计学软件 SPSS20.0 进行数据处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,计数资料以百分比表示,行  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 观察组患者治疗总有效率显著高于对照组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	47	24	21	2	95.74
对照组	47	17	22	8	82.98
$\chi^2$					5.083
P					<0.05